

AUS DER I. MEDIZINISCHEN KLINIK UND
POLIKLINIK DER JOHANNES-GUTENBERG-
UNIVERSITÄT MAINZ

EINWEISUNGSDIAGNOSE UND KLINIKDIAGNOSE

– VERSUCH EINER QUALITÄTSKONTROLLE IN DER
Allgemeinmedizin –

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz
Dem Fachbereich Medizin

vorgelegt von
CHRISTOPH MICHAEL SCHACCO BRAESS
aus Celle/Hannover

Koblenz 1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552622_0066

AUS DER I. MEDIZINISCHEN KLINIK UND
POLIKLINIK DER JOHANNES-GUTENBERG-
UNIVERSITÄT MAINZ

EINWEISUNGSDIAGNOSE UND KLINIKDIAGNOSE

– VERSUCH EINER QUALITÄTSKONTROLLE IN DER
Allgemeinmedizin –

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Würde des Doktors der Medizin
der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz
Dem Fachbereich Medizin

vorgelegt von

CHRISTOPH MICHAEL SCHACCO BRAESS

aus Celle/Hannover

Koblenz 1979

Dekan: Prof. Dr. med. H. Leithoff

I. Gutachter: Prof. Dr. med. W. Ohler

II. Gutachter: Dr. med. G. Habighorst

Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin

Tag der mündlichen Prüfung: 28.11.79



Inhaltsverzeichnis

	Seite
A. Ziel der Arbeit	1
B. Geschichtliche Entwicklung und Definition der Begriffe "Diagnose" und "Fehldiagnose"	3
C. Ausführung der Untersuchung	7
1. Benutztes Material für die Arbeit	7
2. Eigene Untersuchung und Methode	8
D. Ergebnisse und Diskussion der 116 auf- geschlüsselten Fälle	24
1. Allgemeines	24
2. Spezielle Aufschlüsselungen	25
3. Kurze Falldarstellungen der 37 Ein- weisungen, bei denen keine oder nur teilweise eine Übereinstimmung von Einweisungs- und Klinikdiagnose erzielt worden ist	35
4. Kritische Betrachtung und Auswertung der Ergebnisse	72
E. Zusammenfassung	77
F. Literaturverzeichnis	78

A. Ziel der Arbeit

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Überprüfung der "praestationären Diagnostik" (PLONZ, 38) in bezug auf die Übereinstimmung beziehungsweise Nichtübereinstimmung von Einweisungsdiagnose (E.D.) und Klinikdiagnose (K.D.) aus einer Allgemeinpraxis. Dabei wird das gesamte Spektrum der Einweisungen erfaßt, während PLONZ in seiner Arbeit mit eingeschränktem Spektrum (es fehlen Orthopädie, Paediatric, Dermatologie, Urologie, Psychiatrie/Neurologie) aus der Sicht des Krankenhausarztes die praestationäre Tätigkeit des Allgemeinarztes beleuchtet. Im Folgenden werden die in Klammern aufgezeigten Abkürzungen benutzt.

Als Grundlage für diese Untersuchung dienen 116 Einweisungen in dem Jahr 1976 in eine Klinik, wobei sich bei 37 in stationäre Behandlung überwiesenen Patienten Differenzen zwischen E.D. und K.D. ergeben haben.

Durch welche Ursachen Fehleinschätzungen entstehen können, soll anhand der aufgeschlüsselten Fälle gezeigt werden. Dies erscheint besonders wichtig, da 97% des gesamten Patientengutes durch den Praktiker und nur 3% durch den Kliniker (PILLAU, 36) begutachtet werden. Dabei kommt dem Allgemeinarzt die Verantwortung zu, den abwendbar bedrohlichen Verlauf (BRAUN, 7) einer schweren Erkrankung rechtzeitig zu diagnostizieren und damit zu entscheiden, ob mit den zur "Verfügung stehenden Mitteln der bedrohliche Verlauf abwendbar ist" (HÖVER, 25), oder eine stationäre Einweisung notwendig erscheint. Daraus ergibt sich der Stellenwert der Allgemeinmedizin in der Betreuung der Bevölkerung, der nicht nur auf ärztlicher, sondern auch auf sozialer und wirtschaftlicher Basis liegt (HÄUSSLER, 19).

Es soll die Differenz von E.D. und K.D. analysiert werden, wobei die ärztliche Leistung keineswegs einer kritischen Wertung unterzogen wird, da eine Fehleinschätzung von beiden Seiten her möglich ist.

B. Geschichtliche Entstehung und Definition der Begriffe "Diagnose" und "Fehldiagnose"

Da in dieser Arbeit die Begriffe "Diagnose" und "Fehldiagnose" immer wieder auftauchen, scheint die geschichtliche Entwicklung und Definition sinnvoll.

Im 5 - 4 Jahrhundert v. Chr. zu Zeiten Hippokrates versuchen die Ärzte "die Probleme von Gesundheit und Krankheit von der Beobachtung ausgehend gedanklich, spekulativ zu lösen" (SIEGERIST, 51). Der hippokratische Arzt kommt zu seinen Kranken, untersucht sie, ist bestrebt möglichst viele Krankheitszeichen zu erkennen und stellt aus diesen Symptomen eine "Prognose". Er sagt seinen Patienten, was ihnen bevorsteht und dies interessiert den Kranken zunächst. Eine "Diagnose", wie sie heute als erstes erstrebt wird und das weitere ärztliche Behandeln bestimmt, ein Erkennen der Krankheit, setzt einen Krankheitsbegriff voraus, der der hippokratischen Heilkunde fremd war (SIEGERIST, 51).

Erst durch Thomas Sydenham (1624 - 1689) - auch der englische Hippokrates genannt - kommt es zu einem Wandel von der "Prognose" zur "Diagnose".

Er fühlt sich als Hippokratiker, so daß er die allgemeine Krankheitsauffassung eines natürlichen Heilungsvorganges (SIEGERIST, 51) beibehält. Doch er sieht nicht wie Hippokrates die Krankheit als einmalig, nie wieder vorkommendes Ereignis in Verbindung mit dem Erkrankten, sondern er greift das Typische, das sich an anderen Patienten wiederholende pathologische Geschehen auf. Durch seinen Ausspruch: "Ihr müßt ans Krankenbett gehen, denn nur dort könnt Ihr etwas von Krankheit lernen" und durch die neue Krankheitsauffassung kommt es dazu,

daß die Diagnosestellung am Krankenbett die erste ärztliche Aufgabe wird und sich daran das therapeutische Handeln anschließt.

Sydenhams Grundsätze bilden mit die Grundlage zur modernen Heilkunde und seine Krankheitsbegriffe werden in der Folgezeit immer wieder aufgegriffen und weiter verfolgt.

Das 18. Jahrhundert bringt eine weitere entscheidende Wendung in der Medizin mit sich. Im Vordergrund steht der Wandel des Hospitals zum Krankenhaus und somit wird die vorwiegend pflegerische Aufgabe des Hospitals zurückgedrängt und an dessen Stelle erhält Diagnostik und Therapie den Vorrang.

Es kommt zu einem erweiterten Aufgabenbereich der Diagnose. Hat bis jetzt das Beobachten und Erkennen von Krankheitszeichen zur Diagnosestellung genügt, muß nach der Auffassung des französischen Arztes Pinel, der 2.700 Krankheitsarten unterschied und diese in "Ordnungen, Gattungen und Familien" gruppierte, nach dem Beobachten am Krankenbett ein analytisches Vorgehen erfolgen, um den "wahren Charakter der vorliegenden Krankheit" zu erfassen und ihre Stellung im System zu bestimmen (SIEGERIST, 51). Im Gegensatz zu dieser Diagnoseauffassung, bei der es nur darum geht einen passenden medizinischen Ausdruck für die vorliegende Krankheit zu finden und keine Therapie erfolgt, steht die von dem späteren Leibarzt Napoleons J. N. Corvisart (1755 - 1825). Er versucht in "die Pathogenese einer Krankheit einzudringen, sucht die Kausalkette vom Einsetzen der ersten krankmachenden Ursachen bis zum Aufhören des letzten Symptoms Schritt für Schritt aufzustellen" (SIEGERIST, 51). Mit Hilfe seiner Schüler seziiert er die Leichen verstorbener Patienten und vergleicht Diagnose und Todesursache, was 100 Jahre später in Deutschland ebenfalls durch

I. L. Schönlein in seiner Klinik in Würzburg durchgeführt wird.

Anfang des 19. Jahrhunderts kommt es durch J. Skoda (1805 - 1881), der die Methoden der Auskultation und Perkussion wissenschaftlich vertieft, zur physikalischen Diagnostik, und durch R. Koch - mit der Entdeckung des Tuberkelbazillus 1882 - wird eine ätiologische Diagnosestellung ermöglicht. Die Weiterentwicklung der modernen Chemie innerhalb der letzten 50 Jahre hat die Erweiterung der Medizin unterstützt und ermöglicht ihr z.B. Funktionsproben von Organen zu untersuchen, die zur Diagnosestellung wichtig erscheinen. "So befinden wir uns jetzt im Zeitalter der funktionellen Diagnostik und der vieldiskutierten Laboratoriumsdiagnostik" (PLONZ, 38).

So gibt es heute die verschiedensten Auffassungen des aus dem griechischen stammenden Begriffes "Diagnose", der ins Deutsche übertragen "auseinander, unterscheiden, erkennen" heißt (PSCHYREMBEL, 39). Nach dem Wörterbuch für medizinische Fachausdrücke wird Diagnose als "Erkennung und systematische Bezeichnung einer Krankheit verstanden" (DUDEN, 9). Diese Definition läßt sich dahingehend erweitern, daß "Diagnose" als Schlußfolgerung verschiedener Krankheitszeichen, die durch die eigene Erfahrung, geltende Lehrmeinungen in der Medizin und unter Hinzuziehen von Hilfsmitteln gestellt wird, gilt (SCHRÖMBGENS, 47).

Dies ist nur eine von vielen Möglichkeiten wie "Diagnose" verstanden wird. So geht es über die Meinung, daß eine einheitlich, allgemein anerkannte Definition nicht existiere (BÜRGER, 8), über die Auffassung, Diagnostik umfasse nur das "Tun der Zeichenerhebung" (ROTSCHUH, 43), zu den

Versuchen des Allgemeinarztes Braun, eine Grenze zwischen möglicher Diagnostik in der Allgemeinpraxis und Klinik zu finden.

Als "Fehldiagnose" bezeichnet man nach SCHRÖMBGENS (SCHRÖMBGENS, 47) eine fehlerhafte Schlußfolgerung aus den gewonnenen Erkenntnissen der Krankheitszeichen, Hilfsmittel und Lehrmeinungen.

Ebenfalls ist dies nur eine von vielen möglichen Auffassungen, und so haben mehrere Autoren wie SCHRÖMBGENS (SCHRÖMBGENS, 47), JANZEN (JANZEN, 26) und HEGGLIN (HEGGLIN, 23), um nur einige zu nennen, versucht Entstehungsgründe von Fehldiagnosen herauszufinden, auf die zum Teil im weiteren Verlauf der Arbeit noch eingegangen wird.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß es eine allgemeinverbindliche Definition der Begriffe "Diagnose" und "Fehldiagnose" noch nicht gibt und daß gewisse Auffassungsunterschiede zwischen Allgemeinärzten und Klinikern bestehen.

C. Ausführung der Untersuchung

1. Benutztes Material für die Arbeit

Als Grundlage zu dieser Arbeit dienen die Aufzeichnungen (Karteikarten, Befunde, Duplikate der Krankenhauseinweisungen, Laborbefunde) des Arztes für Allgemeinmedizin, ebenso Gespräche mit ihm und seiner Frau, die ebenfalls als Ärztin in der Praxis tätig ist und zum großen Teil den Außendienst - sprich Hausbesuche - versieht und somit die Langzeitpatienten und chronisch Kranken betreut (HÄUSSLER, 19).

Daneben stehen die Unterlagen der Sprechstundenhilfe zur Verfügung, die neben dem Schriftverkehr auch die Laboruntersuchungen durchführt, wie die Blutzuckerbestimmung, die Prothrombinzeitbestimmung nach Quick und Blutbilder. Alle schwierigeren und kostenaufwendigeren Laboruntersuchungen werden in ein Großlabor geschickt, von wo nach zwei Tagen die Ergebnisse zurückgesendet werden.

Zur Unterstützung der Diagnosestellung werden zusätzlich Urinuntersuchungen in Form von Sticks, Haemoculttesten, BKS und EKG's ausgeführt. Zur Therapie stehen unter anderem Höhensonne, Soluxlampe, Aerosolvernebler und ein Kurzwellenbestrahlungsgerät zur Verfügung.

Zu einem geringen Teil fließen eigene Aufzeichnungen und Erfahrungen (z.B. aus Gesprächen mit Patienten in der Praxis und auf Hausbesuchen), die ich während meiner Famulatur in dieser Praxis gesammelt habe, in die Diskussion mit ein.

2. Eigene Untersuchungen und Methode

Im Jahr 1976 wurden von 8652 Patienten = Krankenscheinanzahl 116 Patienten von dem Arzt für Allgemeinmedizin einer westerwälder Kleinstadt mit rund 4.500 Einwohnern in ein Krankenhaus der Grundversorgung, Spezialkrankenhäuser und Universitätskliniken eingewiesen.

Dieser Untersuchung liegen die Krankenscheine und Vorsorgescheine der vier Quartale des Jahres 1976 zu Grunde.

Zunächst erfolgte eine prozentuale Einteilung in die einzelnen Fachrichtungen auf das ganze Jahr gesehen im Vergleich mit denen der Einweisungen, die zusätzlich in richtige, annähernd richtige und falsche Diagnosen eingeteilt wurden (Abb. 1, S. 12).

Der zweite Schritt bestand in der Aufzählung der Krankenhauseinweisungen mit den Diagnosen und die Gegenüberstellung mit den dazugehörigen Entlassungsbefunden bzw. -diagnosen. Dies ist nach folgenden Gesichtspunkten tabellarisch aufgeteilt worden:

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
					+	⊕	—

Auf Namen oder Anfangsbuchstaben desselben ist aufgrund des Datenschutzgesetzes verzichtet worden.

Aus der so entstandenen Tabelle (Basistabelle), die insgesamt wiedergegeben wird, ließen sich unter den folgenden Aspekten drei weitere Abbildungen zur Über- und Einsicht erarbeiten:

1. Aufteilung der eingewiesenen Patientenzahl in Altersgruppen (Abb. 2)
2. Aufteilung nach Geschlecht (Abb. 3)
3. erfolgte die Einweisung in ein regionales/überregionales Krankenhaus (Abb. 4)

Basistabelle: Aufzeichnung der Einweisungen mit Gegenüberstellung
von E.D. und K.D.

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
1	67	männl.	akuter Gefäßver- schluß re. Bein	Verschluß der A. fem. superficialis	+		
2	76	weibl.	unklare Verdau- ungsbeschwerden Npl. im Bereich des Colons? Herzinsuffizienz	Dickdarmdiverti- kulitis		+	
3	36	männl.	Verdacht auf Phäochromocytom	kein Nachweis eines vascularisierten Tumors			
4	69	weibl.	unklarer, thera- pieresist. Zu- stand, Bauch, Ovarialtumor, re.	großer Unterbauch- tumor	+		
5	64	weibl.	Niereninsuff. bei Nephrosklerose, Diabetes, Herz- insuff., Hyper- tonie	Diabetes mit beginnen- der Gangrän, allg. Ge- fäßsklerose m. Ver- schluß der Bauch- arterie	+		
6	64	männl.	schw. Herzinsuff. mit starker Luft- not, Diab. mell., Verdacht auf Pleuraerguß	dekomp. Herzinsuff. mit Lungenstau u. Pleuritis exudativa, chron. Emphysem- bronchitis, psycho- veg. Syndrom	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
7	16	weibl.	Appendicitis	Appendicitis	+		
8	38	männl.	Verdacht auf Ulcus ventriculi	alkoholtox. Hepatopathie, chron. Pyelone- phritis, chron. Gastritis		+	
9	72	weibl.	Herzinsuff., Hypertonie, Cerebralsklerose, Diab. mellitus	Cardiosklerose, Emphysebronch., Diab. mellitus, Fettleber, blande Struma	+		
10	10	männl.	akute Appendi- citis	Appendicitis subakuta		+	
11	65	weibl.	Cholelithiasis	Cholecystitis, Cholelithiasis	+		
12	70	männl.	Kopfplatzwunde, Schock, Diab. mellitus	leichte Commotio cerebri, Diab. mellitus, Ulcus cruris li.		+	
13	37	männl.	Nierenstein- kolik	Nierenstein	+		
14	42	männl.	Hüftgelenks- veränderung	Hüftarthrose	+		
15	74	männl.	Prostatahyper- trophie? Npl.? Harnverhaltung	Prostataadenom, linseitiges Lungen- ca.	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
16	54	männl.	Präapoplex	Präapoplex	+		
17	40	weibl.	akute veget. Entgleisung mit Lähmungserscheinungen, Depression	exogene Depression	+		
18	30	weibl.	fragl. Extrauterine li.	Verdacht auf Abortus incompl. nicht bestätigt			-
19	29	weibl.	Gravidität mit unklaren Beschwerden, Blutungen	incompl. Abortus		⊕	
20	28	weibl.	Entbindung, Verschleppung des Geburtstermins	Entbindung	+		
21	51	männl.	Leistenbruch	indirekte Leistenhernie li.	+		
22	15	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
23	66	männl.	akute cerebrale Durchblutungsstörung bei Herzinsuff., Diab., Erregungszustand	Außenschichtinfarkt der Herzvorderwand, Hypertonie, Deblilität		⊕	
24	17	weibl.	Appendicitis acuta	Appendicitis acuta	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
25	1	weibl.	Pseudokrupp	Pseudokrupp, Verdacht auf Harnwegsinfekt	+		
26	50	männl.	entzündl. Ganglion re. Fuß	Ganglion re. Vorderfuß	+		
27	50	männl.	Überbein re. Hand	Fremdkörpergranulom re. Hand		⊕	
28	61	männl.	Apoplexie	anteroseptaler Herzinfarkt, Verdacht auf Potatorium bei Leberschaden			-
29	62	weibl.	Verschlußiktus	Gallenblasen-Ca. mit Lebermetastasen		⊕	
30	55	männl.	Verdacht auf Herzinfarkt	Herzinfarkt	+		
31	15	männl.	Serumhepatitis	Serumhepatitis	+		
32	96	weibl.	Oberschenkelhalsfraktur li., Herzinsuff., Stauungsödeme	Beckenprellung			-
33	75	weibl.	Iktus, Verdacht auf Npl.	chron. Hepatitis mit passagerem Ikterus		⊕	
34	6	weibl.	Meningitis nach Masern	Meningitis	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
35	29	weibl.	Abortus incompl.	Abortus incompl.	+		
36	44	weibl.	ständig rezidiv. Appendixreizung	Appendicitis chron.	+		
37	60	weibl.	fieberh. Infekt, Cholecystitis, Pyelitis	Cholelithiasis		+	
38	53	weibl.	Ulcus ventriculi? Klimax, Myocard- schaden, decomp. Hypertonie	Hypertonie, Osteo- chondrose, Psych. Überlagerung, lat. Diab.		+	
39	53	weibl.	Ulcus ventriculi? Klimax, Myocard- schaden, decomp. Hypertonie	klimakterische be- dingte Depression, funktionsgest. Gallen- blase, Hypertonie, Hypokaliämie		+	
40	19	männl.	Alkohol- u. Rauschmittel- intoxikation	Alkohol- u. Pervitin- intoxikation	+		
41	10	weibl.	Appendicitis	Appendicitis chron. Lymphadenitis mesenterialis	+		
42	21	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
43	64	weibl.	Trigeminusneural- gie re. therapie- resistent	Trigeminusneuralgie, Encephalomyelitis diss.	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
44	73	männl.	Apoplex	Apoplex, Hypertonie, Bronchopneumonie, Cor pulmonale	+		
45	51	weibl.	Nierenkolik	Verdacht auf Kon- krement in den harnabführenden Wegen	+		
46	17	weibl.	Schlaftabletten- vergiftung	Tablettenintox.	+		
47	67	männl.	bifasciculärer Block, Hypertonie	Block	+		
48	68	weibl.	Herzinfarkt	Myocardinfarkt, Diab. mellitus, Harnwegsinfekt	+		
49	55	weibl.	Myomater uteri ständig rezidiv. Blutung	Myomater Uterus	+		
50	22	männl.	Verdacht auf Magenperforation	Verdacht auf Magen- verstimmung			-
51	58	weibl.	Malignom, Total- op., psych. De- kompensation	Zustand nach Unter- leibsop., Anämie	+		
52	77	weibl.	Herzinsuff., beginnende Dekomp., Oberbauchbeschwerd.	myeloische Leukämie, Rechtsherzversagen bei li. seitiger Infarkt- pneumonie			-

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
53	69	weibl.	Verdacht auf Hinterwandinfarkt	grenzkomp. Myocard- schaden, absolute Arrhythmie		⊕	
54	75	männl.	Cholelithiasis mit ständigen Koliken, Lungen- npl	Cholelithiasis, Bronchialca.	+		
55	37	weibl.	Missed abortion	Cystovar re., Adhaesion, Hyper- menorrhoe, Status n. Ovariektomie li.			-
56	64	weibl.	Erosio u. Polyp ständig blutend	Adenoca.			-
57	67	männl.	Coxarthrose	Coxarthrose bds.	+		
58	22	männl.	Deckplatten- einbruch der LWS	Deckplattenein- bruch der LWS	+		
59	32	weibl.	Colitis ulcerosa	Colitis ulcerosa	+		
60	15	weibl.	akute Appendicitis	Appendicitis	+		
61	23	weibl.	Vergiftung	Tablettenintox. mit Meprocomprin	+		
62	7	männl.	Phimose	kurzes Penis frenulum	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
63	24	männl.	Leistenbruch li.	indirekte Leistenhernie li.	+		
64	29	weibl.	Kiefercyste	Oberkiefercyste	+		
65	17	männl.	Handbruch	Fraktur der Metacarpalia 2, 3, 4, 5 re. Hand	+		
66	51	weibl.	Polyp am Muttermund	Portioerosion mit gr. Ovulum Nabothi	+		
67	37	weibl.	Cholelithiasis	Cholelithiasis u. Cholecystitis	+		
68	23	männl.	Leistenbruch re. mit Einklemmungserscheinung	Leistenbruch re.	+		
69	49	weibl.	Stat. asthmaticus	Stat. asthmaticus	+		
70	49	weibl.	Stat. asthmaticus	Stat. asthmaticus	+		
71	75	weibl.	unklare Oberbauchbeschwerden (kolik) re., Lebermetastasen?	Metastasen nicht nachweisbar, Zust. n. Nieren-Adeno-Ca. Harnwegsinfekt		⊕	
72	35	weibl.	Cholelithiasis	Postcholecystektomiesyndrom		⊕	
73	55	weibl.	glandulacystische Hyperplasie	rez. postklimakterische Blutung, rel. Harninkontinenz bei Descensus uteri et vaginae		⊕	

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
74	57	weibl.	Stat. asthmaticus	Stat. asthmaticus	+		
75	57	weibl.	Stat. asthmaticus	Stat. asthmaticus	+		
76	20	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
77	44	weibl.	Nierenstein im Harnleiter eingeklemmt	hochliegender Harnleiterstein li.	+		
78	36	männl.	generalisierte Mykose, Allergie Berufsdermatose	mycogene Dyshidrosis manum et pedum		+	
79	17	weibl.	Hyperlipidämie	Adipositas, vorübergehende Urikämie	+		
80	49	weibl.	Zust. n. Mamma-Op.	Zust. n. Mamma-Ca. Op. Bestrahlungstherapie	+		
81	24	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
82	11	männl.	Kryptorchismus	Kryptorchismus, Adipositas	+		
83	26	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
84	69	weibl.	Verdacht auf Pankreatitis, Npl?	Herzinsuff., Pleuritis			
85	26	weibl.	drohender Abort 3. Monat	Abortus incompletus mens 3	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschi.	E.D.	K.L.	ri.	annäh.ri.	falsch
86	52	weibl.	pulmonale Hypertension, beginnende Dekompensation eines Herzvitiums	rheum. Herzklappenfehler, mittelgrad. kom. Aortenvitium, leichtgrad. Mitralstenose	+		
87	57	weibl.	akute schwere Depression	Depression	+		
88	14	männl.	Armbruch	Unterarmbruch	+		
89	51	weibl.	Descensus uteri, starke Inkontinenz	Inkontinenz nicht bestätigt			
90	83	weibl.	Schrittmacherkontrolle	Schrittmacherkontrolle	+		
91	20	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
92	49	weibl.	Uterus myomatosus stand. Blutungen, subseröses Myom	Corpuspolypen		⊕	
93	37	männl.	unklare Oberbauchkoliken, Magenulcus Verdacht auf Pankreatitis	schwere Gastritis		⊕	
94	44	männl.	Gallensteine	Gallensteine, Gallenblasenentzündung	+		
95	44	männl.	Kniegelenkserguß	Kniegelenkserguß	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
96	34	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
97	65	weibl.	schwerer Er- schöpfungszustand	schwerer nerv. Er- schöpfungszustand	+		
98	73	weibl.	Coxarthrose	Coxarthrose li., Kniegelenksarthrose bds., mäßige Sprung- gelenksarthrose li.	+		
99	47	weibl.	akuter Verwirr- heitszustand mit Unruhezuständen	Katatonie		⊕	
100	55	männl.	Verdacht auf Tumor in der Lunge. Npl?	benignes Chondrom im latero-basalen Lungenhinterlappen- seg. (Bronchial- chondrom)	+		
101	24	männl.	akute Hepatitis- infektion	Hepatitis B, chron. Tonsillitis	+		
102	75	weibl.	unklares therapie- resist. Erbrechen bei Diab. mell., Gefahr Entglei- sung	Herzinsuff. bei Cardiosklerose, Diab. mell. mit diab. Nephropathie, Anämie		⊕	
103	40	männl.	LWS-Syndrom	Ischialgie li.	+		
104	1	weibl.	schnellender Finger	Beugesehnmenscheiden- stenose re. Daumen	+		

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
105	47	männl.	akute Hepatitis	Cholecystolithiasis Zust. n. Magenre- sektion B II			-
106	43	männl.	Verdacht auf Ileus	Pleuropneumonie re. basal, Varicosis, alte Thrombophlebitis re. Unterschenkel			-
107	72	männl.	Hypertonie bei Einzelniere, Herz- insuff.	dekomp. Herzinsuff. bei renaler Hypertonie Aplasie der li. Niere	+		
108	39	weibl.	Tubenligatur notwendig	Tubencoagulation	+		
109	35	weibl.	unklare Atonie, Hirnprozeß	Temporallappen- epilepsie		⊕	
110	24	weibl.	Blutung im 3. Monat d. Schwangerschaft	Abortus imminens fragl. Abortus comp. retrofectio uteri, 10. Schwangerschafts- woche		⊕	
111	68	weibl.	Präapoplex, prä- comatöser Diab.	Schlaganfall, Hoch- druck, Diab., Hypertriglyceridämie	+		
112	37	weibl.	Vitium cordis	offener Ductus Botalli		⊕	

Lfd. Nr.	Alter	Geschl.	E.D.	K.D.	ri.	annäh.ri.	falsch
113	39	weibl.	Steinverschluß d. Gallenblase	Cholecystitis, Cholelithiasis, Subikterus, Verdacht auf Gallen- gangsteine	+		
114	37	weibl.	schwere Fett- stoffwechselst., Kreislaufstörung	Übergewicht, Nieren- veränderung (Pyelonephritis)		⊕	
115	20	weibl.	Entbindung	Entbindung	+		
116	54	weibl.	kalter Struma- knoten	Struma colloides cystica et nodosa	+		

Ebenfalls sind diese 116 Einweisungen den wie folgt aufgezeigten Kriterien unterzogen worden, bei gleichzeitiger Gegenüberstellung ob richtige, annähernd richtige oder falsche Diagnosen vorlagen:

1. sind die Patienten bekannt/unbekannt (Abb. 1)
2. erfolgte der Besuch dringend (Abb. 2)
3. erfolgte die Einweisung bei Tag/Nacht, wobei auf besondere Dringlichkeit nicht eingegangen wurde (Abb. 3)

Bei dieser Untersuchung wurden annähernd richtige und falsche Diagnosen unter der gleichen Rubrik zusammengefaßt.

Die sich aus der Basistabelle ergebenden 37 annähernd richtigen und falschen Einweisungsdiagnosen wurden einzeln aufgezählt und unter dem Gesichtspunkt untersucht und bewertet, worauf sich die Fehlinterpretationen der Diagnosestellung zurückführen lassen könnten.

D. Ergebnisse und Diskussion der 116 aufgeschlüsselten Fälle

1. Allgemeines

Bei den Einweisungen in stationäre Behandlung handelt es sich um eine allgemeinärztliche Entscheidung in der Form, daß der betreffende Patient nicht weiter ambulant versorgt werden kann, sondern der Krankenhausbehandlung bedarf. Bei der Einweisung steht nicht immer der medizinische Aspekt im Vordergrund, sondern es spielen noch weitere Faktoren eine große Rolle, wie z.B. die "soziale und pflegerische Situation zu Hause" (VERDENSTUDIE, 31).

Bei einem Patientenstand von 2725 Patienten im Jahre 1976 ergibt sich, daß alle 3,15 Tage eine stationäre Einweisung erfolgte. Das bedeutet auf die Patientenzahl umgerechnet, daß sich in einem Jahr 4,26% einer Krankenhausbehandlung unterzogen. Diese Zahlen finden sich in ähnlicher Größe in der Verdenstudie wieder, wo bei 1276 Patienten 3,7% einem Krankenhausaufenthalt zugeführt wurden. Auf die gesamte Krankenscheinzahl (8652) des Jahres 1976 umgerechnet ergibt sich, daß 1,35% der Patienten sich in stationärer Behandlung befanden. Ebenfalls läßt sich diese Angabe in ähnlichen Größen bei HÄUSSLER (HÄUSSLER, 20) mit 1,61%, bei BRANDELMEIER (BRANDELMEIER, 5) und KRÜSI (KRÜSI, 5) mit 2,3% wiederfinden. Bei TROTT (TROTT, 53) liegt der Prozentsatz der Einweisungen mit 2,6% etwas höher.

Erklärung der Gesamtpatientenzahl

Im ersten Quartal 1976 sind 2177, im zweiten 2126, im dritten 2094 und im letzten 2009 Patienten erschienen. Demzufolge sind 8046 Patienten behandelt worden und bei weiteren 246 Patienten ist die Vor-

sorgeuntersuchung durchgeführt worden, woraus sich die Patientenzahl 8652 errechnet, was gleichbedeutend mit der Krankenscheinzahl ist.

2. Spezielle Aufschlüsselungen

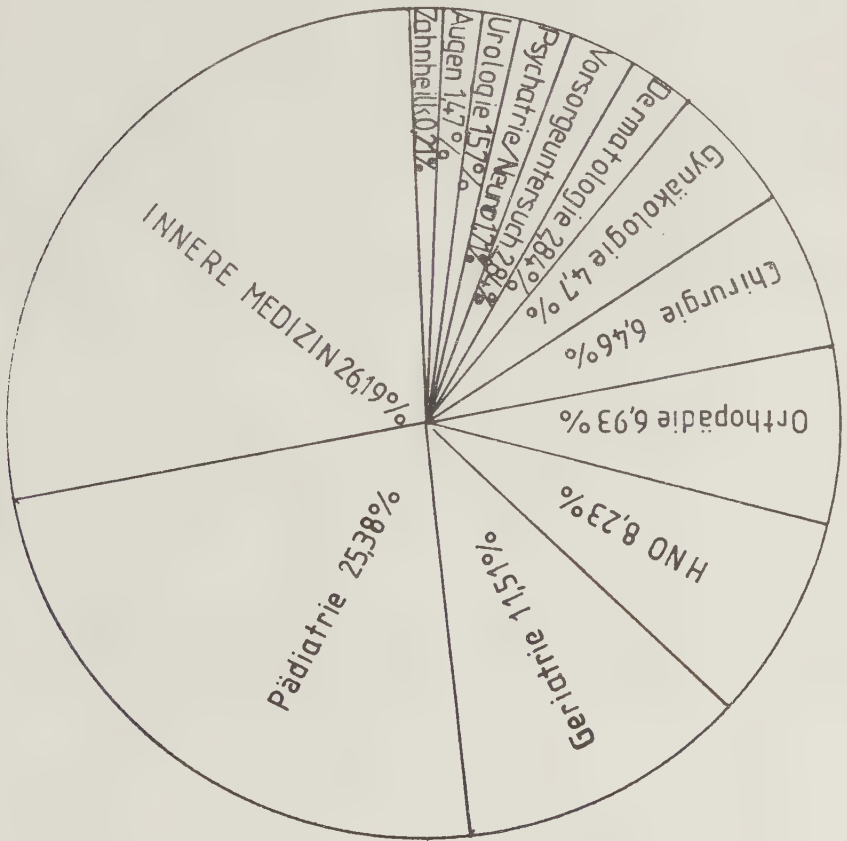


Abb. 1 a: Verteilung der Diagnosen des Jahres 1976 auf Fachgebiete

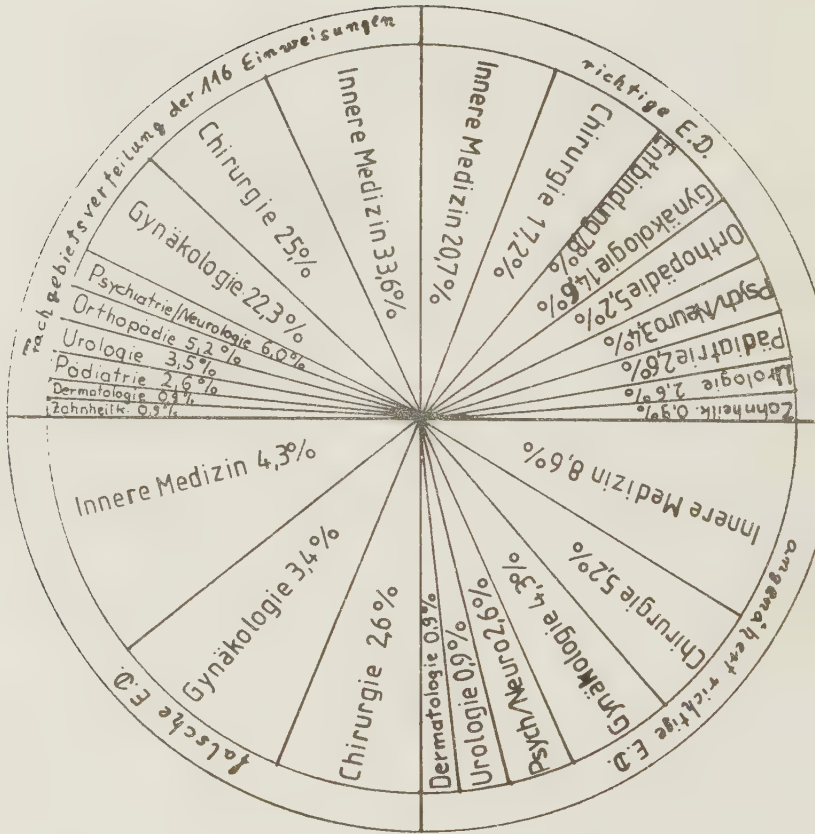


Abb. 1 b: Verteilung der Diagnosen auf Fachgebiete bei den 116 Einweisungen und in bezug auf die Übereinstimmung von E.D. und K.D.

Den größten Stellenwert in der Behandlung dieser Allgemeinpraxis nehmen die Fachbereiche Innere Medizin mit 26,19% und Pädiatrie mit 25,38% ein. Weiter spielt die Geriatrie mit 11,51% eine bedeutende Rolle.

Die nächste Gruppe wird von HNO mit 8,23%, Orthopädie mit 6,93%, dicht gefolgt von Chirurgie mit 6,46% und Gynäkologie mit 4,76% gebildet. Der letzten Gruppe gehören folgende Fachbereiche an: Dermatologie mit 2,84%, Psychiatrie/Neurologie mit 1,71%, Urologie mit 2,84%, Augenheilkunde mit 1,41% und Zahnheilkunde mit 0,21%.

Die Vorsorgeuntersuchungen nehmen mit 2,84% nur einen geringen Stellenwert ein.

Daß HNO und Orthopädie mit recht hohen Prozentsätzen vertreten sind, ist auch auf die Vielzahl des jungen Patientengutes einer Allgemeinpraxis zurückzuführen.

Dem Gesamtergebnis der prozentualen Aufteilung nach Fachgebieten stehen die der Einweisungen wie folgt gegenüber. Der größte Einweisungsbereich wird von den Fächern Innere Medizin mit 33%, Chirurgie mit 25% und Gynäkologie mit 22,3% gebildet.

Mit nur noch geringen Prozentsätzen finden sich die Fächer Psychiatrie/Neurologie mit 6%, Orthopädie mit 5,2%, Urologie mit 3,2% und Pädiatrie mit 2,6% vor. Auf Zahnheilkunde und Dermatologie fallen jeweils nur noch 0,9%.

Aus den Fachgebieten HNO und Augenheilkunde sind keine stationären Einweisungen erfolgt. Ebenfalls fällt Geriatrie aus der Abbildung 1b heraus, da sich diese zum größten Teil auf die drei zuerst genannten Fächer verteilt.

Ebenfalls liegt bei den 116 Einweisungen in den oben angeführten drei Fachbereichen in 52,5% der Fälle eine Übereinstimmung von K.D. und E.D. vor.

Aber ebenso ragt diese Gruppierung bei falschen (10,3%) und nur teilweise richtig gestellten E.D. (18,1%) heraus.

Aus der Abbildung ist zu sehen, daß die Innere Medizin den größten Stellenwert in einer Allgemeinpraxis einnimmt. Dann aber erfolgt eine Verschiebung der Fachgebiete innerhalb der Einweisungen zu Gunsten der Chirurgie (25%) und Gynäkologie (22,3%). Dies ist teilweise dadurch zu erklären, daß die chirurgischen Einweisungen auf Grund von Unfällen erfolgen und die gynäkologischen auf Grund der häufig vorkommenden Blutungen und Entbindungen (7,8%).

Beides ist ohne apparative Ausrüstung und Überwachungsmöglichkeiten in der ambulanten Praxis nicht ausreichend zu versorgen.

Daß die Pädiatrie auf das ganze Jahr gesehen mit 25,38% vertreten ist, liegt wohl an den häufig epidemieartig auftretenden Kinderkrankheiten.

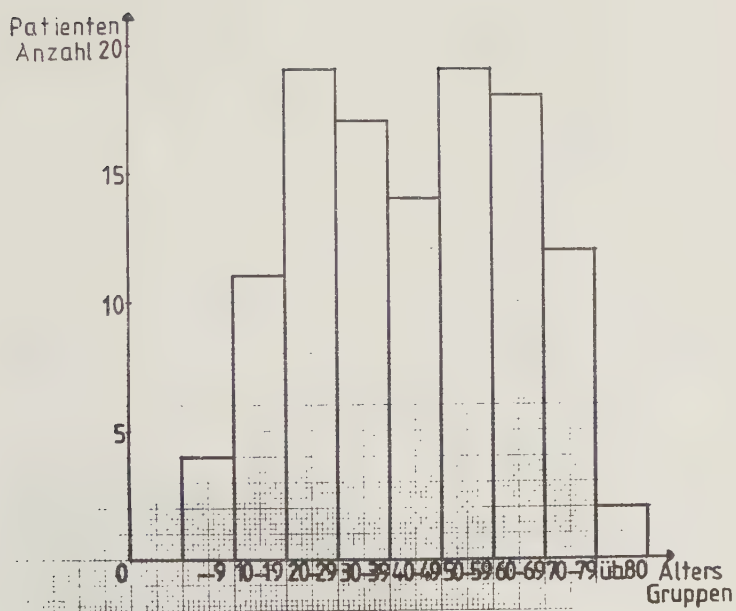


Abb. 2: Aufteilung der eingewiesenen 116 Patienten nach Altersgruppen

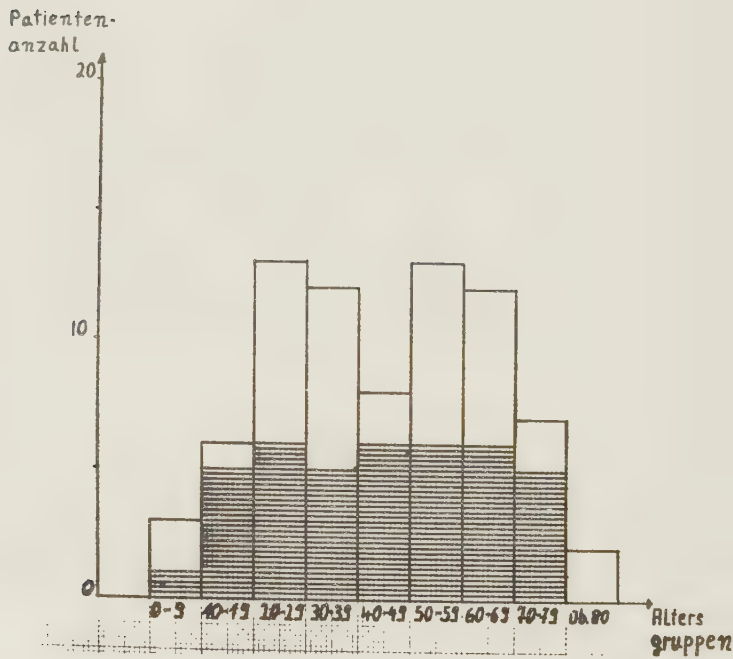


Abb. 3: Aufteilung der eingewiesenen 116 Patienten nach dem Geschlecht

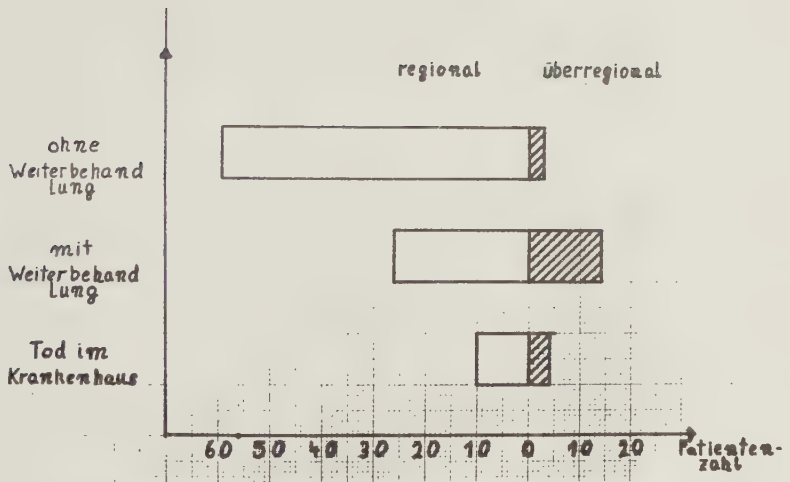


Abb. 4: Verteilung der im Jahre 1976 in ein Krankenhaus eingewiesenen Patienten mit Aufteilung in regionale und überregionale Krankenhäuser und Behandlungsergebnis

Aufteilung der eingewiesenen Patienten in Altersgruppen (Abb. 2)

Bei den 116 Einweisungen kristallisieren sich vier Altersgruppen heraus. Die 0-19jährigen Patienten sind mit 13% vertreten, ihnen folgen die 20-49jährigen (43,1%) und die 50-79jährigen (42,2%). Der Schluß wird von den über 80jährigen Patienten (1,7%) gebildet.

Es stellt sich ein Schwerpunkt mit den beiden mittleren Altersgruppen heraus, die zusammen mit 85,3% den größten Anteil der Einweisungsklientel bilden.

Aufteilung nach Geschlecht (Abb. 3)

Aus der Abbildung 3 ist zu ersehen, daß stationäre Einweisungen mit nur etwa einem Drittel (34,6%) das männliche Geschlecht betroffen haben, wobei die Einweisungsspitze bei den 20-70jährigen Patienten (29,4%) liegt.

Die restlichen Zweidrittel (65,4%) der Einweisungen fallen auf das weibliche Geschlecht, wobei wiederum in der mittleren Altersgruppe (56%) die höchste Einweisungsrate zu finden ist.

Einweisung in ein regionales/überregionales Krankenhaus (Abb. 4)

Aufteilung der Einweisungen in bekannte/unbekannte Patienten

Tabelle 1

bekannte Pat. 100=86,2%		unbekannte Pat. 16= 13,8%	
E.D. richtig	annähernd richtig falsch	richtig	annähernd richtig falsch
% 72=72%	28=28%	7=43,75%	9=56,25%

Die dem Allgemeinarzt unbekannten Patienten sind durch den Sonntagsdienst zu erklären, der die Vertretung von vier weiteren Großpraxen im Westerwald beinhaltet.

Aus Tabelle 1 geht hervor, daß bei bekannten Patienten (100) eine fehlerhafte oder falsche E.D. nur in 28% der Fälle vorzufinden ist. Im Gegensatz dazu steigt der Prozentsatz bei unbekannten Patienten um das Doppelte auf 56,25% an.

Aufteilung dringend verlangter Besuche

Tabelle 2

dringend verlangter Besuch 45=38,79%	
E.D. richtig	annähernd richtig falsch
% 28=62,2%	17=37,8%

Bei den auf Grund eines dringenden Hausbesuches erfolgten Krankenhauseinweisungen (45 von 116) ist in 62,2% der Fälle eine Übereinstimmung von E.D. und K.D. vorzufinden und bei 37,8% ist keine oder nur eine annähernde Übereinstimmung erzielt

Erfolgte die Einweisung am Tag oder in der Nacht?

Tabelle 3

am Tage 85=73,2%		in der Nacht 31=26,7%	
E.D. richtig	annähernd richtig falsch	richtig	annähernd richtig falsch
% 61=71,3%	24=28,2%	18=58,06%	13=41,94%

Am Tage ist in 71,3% der vorliegenden Fälle eine richtige E.D. gestellt worden und nur bei 28,2% der in stationäre Behandlung überwiesenen Patienten ist keine oder nur eine teilweise Übereinstimmung von E.D. und K.D. erzielt worden.

Bei Nacht durchgeführte Einweisungen zeigen bei 41,94% der Fälle keine absolute Übereinstimmung von E.D. und K.D., und damit steigt die Fehleinschätzung fast auf das Doppelte an, gegenüber am Tage stattgefundenener Klinikeinweisungen.

3. Kurze Falldarstellung der 37 Einweisungen, bei denen keine oder nur teilweise eine Übereinstimmung von E.D. und K.D. erzielt worden ist

1.) 76 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 2)

E.D.: Unklare Verdauungsbeschwerden; Verdacht auf Neoplasma im Bereich des Colon; Herzinsuffizienz

K.D.: Dickdarmdivertikulitis

Die Patientin war dem Arzt bekannt.

Sie rief ihn vier Wochen vor der Einweisung wegen seit längerer Zeit bestehenden Verdauungsstörungen, bei denen Obstipation und Durchfälle wechselten ohne erkennbare Diätfehler. Die üblichen Hausmittel (Tierkohle und leichte Abführmittel) hatten neben einer versuchten Schonkost nicht geholfen. Das über Jahre gehaltene Körpergewicht von 75 kg war jetzt auf 70 kg abgesunken.

Nach vier weiteren Hausbesuchen erfolgte die klinische Einweisung wegen nachweislich nicht erfolgreicher therapeutischer Maßnahmen, des reduzierten AZ, zunehmender subjektiver Beschwerden, eines unklaren Tastbefundes im linken Unterbauch und einer BSG von 24/70 mm n.W.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. das Alter der Patientin
2. fehlende Überwachungsmöglichkeit der Durchführung ärztlicher Anweisungen
3. unsachgemäße Pflege der Angehörigen und Umgebung
4. nur in der Klinik durchführbare Röntgenuntersuchung des Dickdarms

2.) 36 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 3)

E.D.: Verdacht auf Phäochromocytom

K.D.: Kein Anhalt für einen vascularisierten
Tumor; wahrscheinlich neurovegetativ
bedingte Hochdruckkrisen

Dieser Patient wurde etwa fünf Jahre regelmäßig in der Sprechstunde überwacht. Bei ihm traten paroxysmal auch länger anhaltende Blutdruckkrisen mit Werten von 180/120 mmHg auf. Die Häufung der Krisen sowie gelegentlich veränderte Blutzuckerwerte ließen nach Ausschluß einer Nierenerkrankung an einen Hormonaktiven Tumor denken. Der als sehr gewissenhaft bekannte Mann hatte die therapeutischen Anweisungen des Arztes korrekt befolgt.

Die Einweisung erfolgte in ein überregionales Krankenhaus mit diagnostischer Spezialabteilung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. therapeutischen Mißerfolg
2. Übersensibilisierung des einweisenden Arztes durch einen vor kurzer Zeit stattgefundenen Fortbildungsvortrag über hormonaktive Tumoren.

3.) 38 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 8)

E.D.: Verdacht auf Ulcus ventriculi

K.D.: Alkoholtoxische Hepatopathie;

chron. Gastritis; chron. Pyelonephritis

Der Arzt wurde aus der Sprechstunde zu dem ihm unbekannten Gastarbeiter gerufen. Der Patient selbst und die aufgeregten Familienangehörigen sprachen und verstanden nur wenig Deutsch.

Der Patient schilderte "dramatische" Schmerzen im Oberbauch. Objektiv fand sich eine belegte Zunge mit Foetor ex ore (kein Alkohol), ein beschleunigter weicher Puls bei Facies gastrica und Abwehrspannung im Oberbauch.

Eine klare Anamnese war nicht zu erheben.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. unklare Anamnese, da massive Verständigungsschwierigkeiten bestanden
2. unbekannten Patienten
3. Zeitdruck

4.) 10 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 10)

E.D.: Akute Appendicitis

K.D.: Subakute Appendicitis

Der Arzt wurde dringend zu dem ihm bekannten Jungen gerufen. Er klagte seit Monaten gelegentlich über Schmerzen im rechten Unterbauch, die sich in den letzten Stunden zu heftigen und krampfartigen Attacken entwickelt hatten.

Der Befund ergab einen umschriebenen Druckschmerz an typischer Stelle mit beginnender Abwehrspannung im rechten Abdomen und deutlichem Loslaßschmerz, mit einem Puls von 96 und einer Temperaturdifferenz axillar-rektal von 0,8 Grad.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

nur intraoperativ und durch den Pathologen abgrenzbares Geschehen.

5.) 70 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 12)

E.D.: Kopfplatzwunde; Schockzustand; Diabetiker

K.D.: Leichte Commotio cerebri; Diabetes mellitus;
Ulcus cruris

Des Nachts wurde der Arzt dringend zu einem ihm bekannten Patienten gerufen, der sich eine Kopfplatzwunde zugezogen hatte.

Anamnestisch war ein Alkoholabusus bekannt, wobei er jetzt vor der Treppe seiner Stammgastwirtschaft liegend gefunden wurde. Der Mann war nur schwer ansprechbar, wobei die Pupillen auf Licht eine langsame Reaktion zeigten.

Die vielfältigen Möglichkeiten als Ursache der Benommenheit (Alkohol, Commotio cerebri, entgleister Diabetes, Schockzustand) führten zur sofortigen Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. nächtlichen Besuch bei Untersuchung mit der Taschenlampe
2. die Ähnlichkeit der differentialdiagnostisch möglichen Zustände

6.) 30 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 18)

E.D.: Fragliche extrauterine Schwangerschaft links

K.D.: Verdacht auf Abortus incompletus nicht bestätigt

Eine ihm als Nullipara bekannte Patientin fand der Arzt bei einem nächtlichen Hausbesuch über starke Schmerzen im Unterleib klagend, vor. Angeblich war sie bereits mehrfach kollabiert. In der Anamnese wurde angegeben, daß sie nach ihrer Heirat vor vier Monaten eine siebenwöchige Amenorrhoe durchgemacht hatte. Der jetzige Zustand war im Zusammenhang mit beginnender vaginaler Blutung, die schon ca. 8 Stunden andauerte, plötzlich aufgetreten.

Der Tastbefund ergab neben einem weichen beschleunigten Puls eine Abwehrspannung im Unterbauch, links stärker als rechts.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. das Fehlen einer klinischen Diagnose im eigentlichen Sinne
2. die Annahme einer Schwangerschaftskomplikation, bei der sofortige gynäkologische Intensivmaßnahmen angezeigt erschienen
3. die nächtliche Situation

7.) 29 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 19)

E.D.: Gravidität mit unklaren Beschwerden;
starke Blutung

K.D.: Abortus incompletus

Der Arzt wurde des Nachts zu einer ihm unbekannten Frau wegen starker Blutung aus der Scheide und dumpfen Schmerzen im Unterleib gerufen.

Anamnestisch gab die Patientin an, ihre Monatsblutung sei immer unregelmäßig gewesen und öfter ganz ausgeblieben, so auch die letzten zwei Monate. Eine Schwangerschaft könne nicht vorliegen, denn sie sei ja ledig.

Die sehr aufgeregte Frau blutete angeblich schon seit längerer Zeit, wobei ein schneller weicher Puls und kein Fieber gefunden wurde. Klinisch ließ sich noch ein gespannter und deutlich druckempfindlicher Unterleib feststellen. Die Klinikeinweisung erfolgte wegen des Verdachts einer versuchten Schwangerschaftsunterbrechung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. irreführende Angaben der Patientin
2. die Notwendigkeit des schnellen Handelns auf Grund der akut erscheinenden Symptomatik

8.) 66 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 23)

E.D.: Akute cerebrale Durchblutungsstörung mit
Erregungszuständen bei Herzinsuffizienz;
Diabetes mellitus

K.D.: Außenschichtinfarkt der Herzvorderwand;
Hypertonie; Deblilität

Der Arzt wurde im Sonntagsdienst, 22.00 Uhr,
zu dem 66jährigen Mann gerufen. Der als Diabeti-
ker mit Herzinsuffizienz bekannte Patient, sonst
ein ruhiger Mann, zeigte ein außergewöhnlich
delirantes Verhalten mit ausgeprägter motorischer
Unruhe. Eine ergiebige Anamnese war wegen der
Uneinsichtigkeit und Unruhe und der sehr primi-
tiven häuslichen Verhältnisse nicht möglich.
Die Einweisung erfolgte zur klinischen Kontrolle
der Kreislaufverhältnisse, des Blutzuckerspiegels
und zum Schutze des Patienten vor sich selbst.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. den Patienten selbst, der eine regelrechte
Untersuchung und Anamneseerhebung unter den
gegebenen Umständen unmöglich machte
2. das psychisch auffallende Verhalten des
Patienten
3. durch die schlechte häusliche Versorgung

9.) 50 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 27)

E.D.: Überbein rechte Hand

K.D.: Fremdkörpergranulom rechte Hand

Der Patient kam mit einem Knoten auf dem rechten Handrücken in die Sprechstunde, um diesen entfernen zu lassen, da er bei der Arbeit hinderlich war. Der Mann gab weiter an, daß dieser Knoten keine Schmerzen bereite, aber in letzter Zeit sich vergrößert hatte. Es zeigte sich ein haselnußgroßer Tumor auf der rechten Handwurzel von prallelastischer Konsistenz, der auf der Unterlage verschieblich war.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
die Lokalisation und Anamnese, die für das
häufiger vorkommende Ganglion sprachen

10.) 61 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 28)

E.D.: Apoplexie

K.D.: Anteroseptaler Infarkt; Verdacht auf
Potatorium bei Leberschaden

Der Arzt wurde morgens um sieben Uhr dringend zu einem ihm unbekannten Mann gerufen, der bewußtlos - hinter dem Tresen- an seiner Arbeitsstelle aufgefunden worden war. Durch hinzukommende Passanten erfuhr der Arzt, daß der Patient als Alkoholiker bekannt war. Da über die Dauer des Zustandes keine Angaben vorlagen, der Puls arrhythmisch und flach war, die Atemwege noch frei waren, jedoch über die sonstige Ätiologie nichts bekannt war, erfolgte die sofortige Einweisung in ein Krankenhaus. Telefonisch wurde dem Krankenhausarzt die Alkoholanamnese mitgeteilt.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. den bewußtlosen Zustand des Patienten, der auf jeden Fall eine Einweisung erforderte, und den damit verbundenen Zeitdruck
2. die Fehldeutung eines apoplektischen Insults, bei dem die Symptomatik ähnlich lag

11.) 62 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 29)

E.D.: Verschlußikterus; Hepatitis

K.D.: Gallenblasen-Ca. mit Lebermetastasen

Der Arzt besuchte Samstags 16.00 Uhr die ältere ihm bekannte Patientin, die bisher keinerlei Hinweis auf die jetzigen Beschwerden gegeben hatte. Sie klagte über Schmerzen im rechten Oberbauch seit etwa 12 Stunden, die langsam stärker geworden waren.

Der Urin war dunkel, die Patientin fahlgelblich mit deutlichem Sklerenikterus.

Zusammen mit dem Tastbefund - leicht aufgetriebener Leib mit Abwehrspannung im Oberbauch und vergrößerter tastbarer Leber, 3 QF unter dem rechten Rippenbogen - führten diese Symptome zur Einweisung ohne eigene weiter diagnostische Maßnahmen.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. bewußte Einschränkung auf eine Symptomeinweisung wegen mangelnder differentialdiagnostischen Möglichkeiten beim Auftreten eines Ikterus
2. da die End-Diagnose nur chirurgisch-pathologisch-anatomisch festzustellen war

12.) 96 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 32)

E.D.: Schenkelhalsfraktur rechts; Herzinsuffizienz;
Stauungsödeme

K.D.: Beckenprellung; Ursache des Todes: Pneumonie

Der Arzt wurde am späten Abend zu der ihm unbekannten Frau gerufen, die am Mittag bei einem Wohnungsumzug ausgerutscht und auf die linke Hüfte gefallen war.

Die Schmerzen im Hüftbereich wurden als so gravierend geschildert, daß sie weder aus dem Bett aufstehen, noch auftreten konnte.

Klinisch zeigte sich eine starke Einschränkung der Hüftgelenksbeweglichkeit und eine starke Schwellung über dem Trochanter major. Das Bein wurde in der typischen Schonstellung gehalten.

Aufgrund des hohen Alters wurde eine Schenkelhalsfraktur vermutet und mit dem Einverständnis der Angehörigen - gegen den Willen der Patientin - in klinische Behandlung überwiesen.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
fehlende apparative Möglichkeiten (Röntgen),
durch die die sehr wahrscheinliche Diagnose
ausgeschlossen werden konnte

13.) 75 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 33)

E.D.: Ikterus; Verdacht auf Neoplasma

K.D.: Chron. Hepatitis mit passagerem Ikterus

Der Arzt wurde von den Angehörigen zu einer 75jährigen, bis dahin unbekannten Frau gerufen, die über allgemein schlechtes Befinden, Appetitmangel, Gewichtsabnahme und Ikterus von Haut und Skleren klagte. Der Urin zeigte sich dunkel, der Stuhlgang wenig und hell.

Über die Dauer der Beschwerden und eventuelle Hinweise durch frühere Krankheiten waren keine klaren Angaben zu erhalten; es ergaben sich teilweise widersprüchliche Aussagen. Die Patientin zeigte einen deutlich reduzierten, fast kachektischen Allgemeinzustand. Die Einweisung erfolgte zur Abklärung des Befundes bei Verdacht auf eine maligne Erkrankung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. das hohe Alter der Patientin, wobei bei dem Ikterus ein Neoplasma wahrscheinlich schien
2. das Fehlen weiterer anamnestischer Angaben in Hinblick auf früher durchgemachte Erkrankungen (keine Angaben über einen früheren Ikterus)
3. die schlechte häusliche Versorgung, da sie alleinstehend war

14.) 60 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 37)

E.D.: Fieberhafter Infekt; Cholecystitis?
Pyelitis

K.D.: Cholelithiasis; Operation

Bei einem Hausbesuch aus der Sprechstunde heraus wurde der Arzt zu einer 60jährigen Frau mit typischen Gallenkoliken gerufen.

Krampfartige Schmerzen, in die Schulterblätter ausstrahlend, mit umschriebener brettharter Abwehrspannung der Bauchdecke und anamnestischem Hinweis auf Gallenblasenerkrankung ließen an der Diagnose nicht zweifeln.

Lediglich das Fieber ließ erkennen, daß es nicht nur ein mechanischer Verschuß des Gallengangs, sondern auch ein entzündlicher Prozeß sein mußte.

Es folgte die Einweisung in die Klinik nach spasmolytischer und Analgetikatherapie für den Transport.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
den im Vordergrund stehenden, die Patientin beherrschenden Kolikschmerz und nicht eine subtile Verfeinerung der Einweisungsdiagnose

15.) 53 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 38 und 39)

E.D.: Ulcus ventriculi? Klimakterische Beschwerden;
Myocardschaden; dekompensierter Hypertonus

a.) K.D.: Hypertonie; Osteochondrose; latenter Diabetes; Psychische Überlagerung

b.) K.D.: Funktionsgestörte Gallenblase; Hypokaliämie;
Hypertonus; klimakterisch bedingte Depression

Die dem Arzt seit Jahren bekannte Frau kam jetzt häufig in die Sprechstunde und klagte immer wieder über vielerlei Beschwerden. Sie war dabei im Gegensatz zu früher mürrisch, weinerlich und niedergeschlagen. Sie hatte seit Monaten ein Druckgefühl in der Magengegend mit Aufstoßen und Blähungen. Zudem war sie häufig schwindelig, schlief schlecht und hatte keinen Appetit. Die Menses waren seit einem halben Jahr ausgeblieben.

Bei mehrfachen Untersuchungen fand sich immer wieder ein RR von 185/100 mmHg, ein harter, unregelmäßiger Puls und ein leichter Druckschmerz im Epigastrium mit Abwehrspannung. Nachdem die Tochter der Patientin noch Angaben zu der psychischen Veränderung der Mutter machte und bestätigte, daß sie kaum noch aß und an Gewicht abnahm, erfolgte die Einweisung zur Abklärung der somatischen Veränderung. Anschl. folgte eine Vorstellung bei einem Psychiater und erneute Einweisung in stationäre Behandlung, um die Frau somatisch in einen Zustand zu bringen, der die erforderliche psychiatrische Behandlung ermöglichte.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
die Multimorbidität, an der die Patientin litt,
vor allem durch das Zusammenkommen von somatischen und psychischen Veränderungen, welche

nur durch umfassende technische Untersuchungsmethoden, Beobachtung und Konsultation eines Psychiaters von der psychischen Überlagerung abgegrenzt werden konnte.

Die im Verhältnis zu den diagnostischen Möglichkeiten doch angenährte Einweisungsdiagnose - besonders zu der zweiten Klinikdiagnose - war wohl mit auf die Kenntnis der Person der Patientin, der, die Anamnese unterstützenden Tochter und früherer Erkrankungen, zurückzuführen.

16.) 22 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 50)

E.D.: Verdacht auf Magenperforation

K.D.: Verdacht auf Magenverstimmung

Der Allgemeinarzt wurde gegen 21.00 Uhr zu einem ihm unbekannten Patienten, der sehr aufgeregt und ängstlich war, gerufen. Aus der Anamnese ergab sich, daß der junge Mann schon immer sehr nervös war, oft über Magenschmerzen klagte, angeblich nur wenig rauchte und seit Monaten arbeitslos war.

Es handelte sich um einen Astheniker mit ausgeprägter Facies gastrica, gelben Raucherfingern und einem starken Foetor ex ore. Bei der Palpation fand sich ein Druckschmerz im Epigastrium. Der Patient preßte so stark, daß das Abdomen bretthart erschien und Einzelheiten (Leber, echte Abwehrspannung...) nicht zu eruieren waren. Der Puls lag bei 120 Schlägen/Min. und es bestanden keine fieberhaften Temperaturen.

Das Bild eines akuten Abdomens führte zur Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. das ängstliche und aggravierte Verhalten des Patienten, welches eine Untersuchung erschwerte und die Symptome gefährlicher erschienen ließ
2. die fehlerhaften Angaben des Patienten

17.) 77 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle 52)

E.D.: Herzinsuffizienz mit beginnender Dekompensation; unklare Oberbauchbeschwerden

K.D.: Myeloische Leukämie, Rechtsherzversagen bei linksseitiger Infarktpneumonie

Die seit vielen Jahren wegen einer doppelseitigen Coxarthrose bettlägerige und weitgehend bewegungsunfähige Frau war dem Arzt seit Jahren bekannt und wurde von ihm regelmäßig betreut. Sie klagte selten und wirkte im Ganzen zufrieden. Abgesehen von einer auskultatorischen Kontrolle des Kreislaufgeschehens und gelegentlichen Inspektionen des gesamten Körpers erfolgten keinerlei diagnostische Maßnahmen.

Eine sich akut verschlechternde Kreislaufsituation mit Cyanose, Dyspnoe, Ödemen und Oberbauchbeschwerden veranlaßten die Angehörigen den Arzt außerhalb der Routinebesuche zu holen. Gegen den anfänglichen Widerstand von Angehörigen und Patientin erfolgte beim nächsten Besuch am folgenden Tag die stationäre Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
eine gewisse Routine bei der Betreuung von Dauerpatienten und der Widerstand alter und chron. kranker Menschen gegen jede Art von ungewohnten Maßnahmen

18.) 69 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle 53)

E.D.: Verdacht auf Hinterwandinfarkt

K.D.: Grenzkompensierter Myocardschaden, absolute
Herzarrhythmie

Hier wurde der Arzt zu einer bekannten Patientin
gerufen, die nur selten in der Praxis erschien.
Aus der Anamnese war ein vor Jahren durchgemachter
Herzinfarkt bekannt.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. die "deftige Diagnose" als Druck auf die Ent-
scheidung der Patientin sich einweisen zu lassen,
um die Entgleisung des Herzens aufzufangen,
der der Allgemeinarzt sich nicht gewachsen
fühlte
2. keine Überwachungsmöglichkeiten um eine akute
Verschlechterung sofort aufzufangen
3. Zeitdruck

19.) 37 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 55)

E.D.: Missed abortion

K.D.: Cystovar rechts; Adhaesion; Hypermenorrhoe;
Status nach Ovarrektomie links

Die dem Arzt bekannte Patientin kam mit Schmerzen im Unterbauch und Hypermenorrhoe in die Sprechstunde.

Auf Grund der anamnestischen Vorkenntnisse - die Frau hatte viermal entbunden, Unterbrechung der antikonzeptiven Medikamente, Ausbleiben der Periode, Hypermenorrhoe und kolikartige Schmerzen im Unterbauch - war die Diagnose bei einem gespannten Unterbauch als Verdachtsdiagnose Abort bzw. Missed abortion zu stellen.

Anamnese und Beschwerden führten zur Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
den Zeitdruck, um ein gefährliches Geschehen abzuwenden

20.) 64 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 56)

E.D.: Erosio und Cervix-Polyp ständig blutend

K.D.: Adenokarzinom

Anhand von Karteikarten und anderen Aufzeichnungen ergab sich, daß bei mehreren Untersuchungen schon makroskopisch der Verdacht auf ein Neoplasma auftauchte. Die aus diesem Grund mehrfach eingeschickten zytologischen Abstriche ergaben keine Bestätigung des Verdachtes.

Dennoch erfolgte die Einweisung zur Operation.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

die möglicherweise unvollständige Einweisungsdiagnose, die der Schonung der Patientin dienen sollte

21.) 75 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 71)

E.D.: Unklare Oberbauchbeschwerden, Koliken rechts,
Lebermetastasen?

K.D.: Metastasen nicht nachweisbar, Zustand nach
Nieren-Adeno-Ca., Harnwegsinfekt

Sowohl dem einweisenden Arzt und der Klinik war
die Anamnese bekannt, die Operation lag ein
Jahr zurück. Dem Allgemeinarzt fiel der ver-
schlechterte AZ bei einem Routinebesuch auf.
Die Patientin wurde zur Abklärung der Ursache ein-
gewiesen.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
mangelnde Untersuchungsmöglichkeiten wie
Röntgenkontrolle, Szintigramm

22.) 35 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 72)

E.D.: Cholelithiasis

K.D.: Postcholecystektomiesyndrom

Der Arzt wurde im Sonntagsdienst zu der ihm unbekannten Patientin gerufen. Auf Grund der Anamnese ergab sich eine vor einem Jahr erfolgte Cholecystektomie, die dem aufnehmenden Krankenhausarzt telefonisch mitgeteilt wurde.

Der Verdacht auf einen übersehenen Stein im Chole-
dochus war auf Grund eines leichten Sklerenikterus,
der Koliken im rechten Oberbauch und der lokali-
sierten Abwehrspannung gegeben und führten zur
stationären Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. den dramatisch aussehenden Lokalbefund, der
keinen weiteren Aufschub einer genaueren Unter-
suchung duldete
2. die mangelnden Untersuchungsmöglichkeiten

23.) 55 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 73)

E.D.: Glandul.-zystische Hyperplasie

K.D.: Rez. postklimakterische Blutung; relative
Harninkontinenz bei Decensus uteri et vaginae

Die Einweisung erfolgte auf Grund der langanhaltenden Blutung zur Abrasio.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. die im Vordergrund stehende Blutung, die keinen Zeitverlust duldete
2. die nur operative Abgrenzbarkeit der Diagnose

24.) 36 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 78)

E.D.: Generalisierte Mykose; Allergie, Berufs-
dermatose

K.D.: Mycogene Dyshidrosis manum et pedum,
1977 wurde die Berufsdermatitis von der
Berufsgenossenschaft anerkannt

Hier handelte es sich um einen lange bekannten Patienten, dessen immer wiederkehrende Hautirritationen fachärztlicherseits unterschiedlich beurteilt und mit nur zeitlich begrenztem Erfolg behandelt wurden.

Da das Krankheitsgeschehen sowohl beruflich als auch persönlich ein immer größeres Problem im Leben des Mannes darstellte, erfolgte die Einweisung in die dermatologische Universitätsklinik Mainz mit einer Diagnose, die den Beobachtungen des mit den familiären und beruflichen Verhältnissen gut vertrauten Hausarztes und früherer Facharztbeurteilung entsprach, versehen und sollte aus ärztlichen und sozialen Aspekten einer Klärung dienen. Die Problematik solcher angestrebter Entscheidungen zeigte sich in der Tatsache, daß ein Jahr später auf Betreiben des Arztes durch anderweitig ausgestellte Fachgutachten die Krankheit durch die Berufsgenossenschaft als Berufskrankheit anerkannt wurde. Das war auf die oben zitierte Diagnose der Universitätshautklinik verständlicherweise nicht möglich.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
die unterschiedlichen Facharztauffassungen

25.) 69 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 84)

E.D.: Verdacht auf Pankreatitis; Neoplasma?

Herzinsuffizienz

K.D.: Herzinsuffizienz; Pleuritis; Diabetes mellitus

Es erfolgte bei einer dem Arzt bekannten Patientin, die in guten häuslichen Verhältnissen lebte und wegen akuter Verschlechterung der subjektiven Beschwerden bettlägerig war, ein Routinebesuch. Dabei wurde auch eine objektive Verschlechterung der Herzsituation und des Allgemeinzustandes festgestellt.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

fehlende Überwachungs- und Untersuchungsmöglichkeiten (Röntgen)

26.) 51 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 89)

E.D.: Descensus uteri mit starker Inkontinenz

K.D.: Inkontinenz nicht bestätigt

Bei der ihm bekannten Patientin war der Arzt auf die Angaben der Frau, bei den kleinsten Anstrengungen den Harn nicht mehr halten zu können, angewiesen, zumal der durch Inspektion nachgewiesene Descensus uteri zur Glaubwürdigkeit dieser beitrug. Zusätzlich waren dem Hausarzt drei Entbindungen bekannt.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

die mögliche Fehleinschätzung der Klinik, die die Inkontinenz unter anderen Verhältnissen beurteilte als der Allgemeinarzt (Ruhe-Belastung), der noch heute mit dem Problem konfrontiert wird

27.) 49 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 92)

E.D.: Uterus myomatosus; ständige Blutungen;
subseröses Myom?

K.D.: Corpuspolypen

Die dem Arzt bekannte Patientin wurde nach mehrfachen Konsultationen zur operativen Intervention stationär eingewiesen, nachdem eine manuelle Untersuchung und Inspektion mit dem Spekulum durchgeführt worden waren.

Die ständig anhaltenden Blutungen ließen keine genaueren Untersuchungen zu und es kam zur Einweisung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
die nur in einer Klinik durchführbare diagnostischen Untersuchungsmöglichkeiten

28.) 37 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 93).

E.D.: Akute Oberbauchkoliken; Verdacht auf akute
Pankreatitis; Magenulcus?

K.D.: Schwere Gastritis

Bei dem dringend ausgeführten Hausbesuch bot der dem Arzt bekannte Patient das vollständig ausgeprägte Bild eines "akuten Abdomens". Da dieser Patient selbst erheblich unter dem Eindruck starker Schmerzen im Oberbauch stand, war anamnestisch wenig zu eruieren.

Weitere diagnostische Maßnahmen stellten einen Zeitverlust dar, da das Abwenden eines schweren Krankheitsverlaufes im Vordergrund stand.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. die unzureichende Anamneseerhebung auf Grund erheblicher Schmerzäußerungen des Patienten
2. fehlende Untersuchungsmöglichkeiten, wie Gastroskopie

29.) 47 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle 99)

E.D.: Akuter Verwirrtheitszustand mit Unruhezuständen

K.D.: Katatonie

Der Arzt wurde morgens gegen 5.00 Uhr von dem Ehemann zu einer ihm bekannten Frau gerufen. Er fand sie im Garten nackt beim Erdbeerenpflücken vor.

Die Gesamtsituation machte eine genauere Diagnosefindung sinnlos; schnelles Handeln war erforderlich, um die Patientin vor sich selbst und ihre Umgebung zu schützen.

Dem Hausarzt waren in der weiteren Familie Suizidversuche und schizophrene Krankheitsbilder bekannt.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. den Zustand der Frau, der eine Anamneseerhebung unmöglich machte
2. das schnelle Handeln, welches dem Schutze der Patientin vor sich selbst dienen sollte

30.) 75 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle 102)

E.D.: Unklares therapieresistentes Erbrechen;
Gefahr der Entgleisung

K.D.: Herzinsuffizienz bei Cardiosklerose; Diabetes
mellitus mit diabetischer Nephropathie und
Anämie

Der Arzt wurde im Sonntagsdienst zu einer ihm unbekannten Patientin durch die Nachbarschaft gerufen. Die Frau war nicht mehr ansprechbar und zeigte einen stark reduzierten Allgemeinzustand. Eine Anamneseerhebung war nicht möglich und da die Therapie keinen Erfolg zeigte, erfolgte die Einweisung in ein Krankenhaus, wo die Patientin verstarb.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. das schnelle Handeln, um einen bedrohlichen Verlauf abzuwenden
2. die fehlende Anamnese
3. die häuslichen Verhältnisse, da die Patientin alleinstehend war

31.) 47 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 105)

E.D.: Akute Hepatitis

K.D.: Cholelithiasis; Zustand nach Magenresektion II

Der Patient war dem Arzt bekannt. Es handelte sich um einen asthenischen Mann, einen starken Raucher, der sich vor fünf Jahren wegen eines perforierten Magenulcus einer Magenresektion nach Billroth II unterziehen mußte. Jetzt bot sich bei der Untersuchung ein brettharter Oberbauch, Kollapsneigung und Subikterus, eine Perforation war nicht auszuschließen.

Da im Einzugsbereich der Praxis mehrere Hepatitiden mit ähnlicher Symptomatik aufgetreten waren, er folgte die stationäre Einweisung zur weiteren Klärung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. die gehäuft aufgetretenen Hepatitiden
2. die akute Situation, in der Eile geboten war, da eine Perforation nicht auszuschließen war

32.) 43 Jahre, männlich (Basis-Tabelle Nr. 106)

E.D.: Verdacht auf Ileus

K.D.: Pleuropneumonie rechts; Varicosis und alte
Thrombophlebitis rechter Unterschenkel

Zu einem seit drei Wochen in Behandlung befindlichen bettlägerigen Patienten wurde der Arzt zu einem Besuch gerufen. Der sonst nicht wehleidige Patient klagte über starke Schmerzen im Oberbauch und gab an über mehrere Tage keinen Stuhlgang gehabt zu haben. Es bot sich folgendes Bild: leerer Bauch, keine Darmgeräusche und Tympanie sowie Luftnot und Zwerchfellhochstand.

Der Patient machte einen schwerkranken Eindruck und es erfolgte die stationäre Einweisung zur weiteren Klärung.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

die fehlenden Darmgeräusche und Tympanie, die eine Einweisung erforderlich machten

33.) 35 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 109)

E.D.: Unklare Atonie; Verdacht auf Hirnprozeß

K.D.: Temporallappenepilepsie

Die dem Arzt bekannte Patientin war nicht ansprechbar; sie zeigte bei normalem Puls und Blutdruck eine Atonie.

Eine augenblickliche Tablettenintoxikation auf Grund familiärer Schwierigkeiten (Ehemann war im Ausland beruflich tätig) und ein Rauschmittelvergehen durch längere Aufenthalte in tropischen und subtropischen Ländern konnte nicht ausgeschlossen werden.

Die Krankenhauseinweisung erfolgte, da eine hausärztliche Abklärung der Anfälle und der erheblichen Wesensveränderung nicht möglich war.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

1. die Wesensveränderung der Frau
2. die familiären Schwierigkeiten
3. die fehlenden Untersuchungs- und Überwachungsmöglichkeiten (EEG)
4. die fehlende Möglichkeit einer regelrechten Anamneseerhebung

34.) 24 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 110)

E.D.: Blutung im dritten Schwangerschaftsmonat

K.D.: Abortus imminens; fraglicher Abortus completus;
Reflectio uteri; 10. Schwangerschaftswoche

Die Angaben der vorher bekannten Patientin im Zusammenhang mit der nachweisbaren vaginalen Blutung verlangten die sofortige Einweisung ohne jegliche weitere diagnostischen Maßnahmen. Da keine akut-bedrohliche Situation vorlag (z.B. profuse Blutung, Schock...) konnte auf eine Therapie verzichtet werden. Die eingehende Diagnose mußte der Klinik vorbehalten werden, da sonst ein unnötiger Zeitverlust entstanden wäre.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
das Handeln unter Zeitdruck

35.) 37 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 112)

E.D.: Vit. cordis

K.D.: Offener Ductus Botalli

Die Patientin kam nach Konsultationen anderer Ärzte und Fachärzte wegen zunehmender Herzbeschwerden zur Untersuchung in die Praxis. Bei der Erstkonsultation wurde auf Grund der groben, alles übertönenden Herzgeräusche, ein kombiniertes Vitium vermutet. Anamnestisch ergab sich, daß die Patientin im Schulkindalter eine Endocarditis durchgemacht hatte.

Die Einweisung erfolgte in die cardiologische Abteilung der Universitätsklinik Mainz zur eventuell möglichen operativen Korrektur.

Differenz der Diagnose bedingt durch:
die fehlende Möglichkeit Spezialuntersuchungen
- wie Herzkatheter - durchzuführen, welche zur
genaueren Diagnostik notwendig sind

36.) 37 Jahre, weiblich (Basis-Tabelle Nr. 114)

E.D.: Schwere Stoffwechselstörung; Kreislaufstörung

K.D.: Übergewicht; Nierenveränderung (Pyelonephritis)

Die Einweisung erfolgte zur Abklärung stoffwechselbedingter Veränderungen bei Adipositas per magna (130 kg) und da diätetische Maßnahmen fehlschlagen.

Differenz der Diagnose bedingt durch:

nur im Krankenhaus speziell durchführbare Labor-
diagnostik und Fixierung auf das erhebliche Über-
gewicht

4. Kritische Betrachtung und Auswertung

Vor der Interpretation der 37 Einweisungen ist zu dieser Aufzeichnung folgendes zu sagen: Es sind nur dem Autor wichtig erscheinende Möglichkeiten, die hier in den einzelnen Fällen zu Fehlinterpretationen geführt haben konnten, aufgezählt worden.

Außerdem ist nicht auf einzelne Laboruntersuchungen, die im Rahmen der Großlabors innerhalb der Allgemeinpraxen durchgeführt werden, eingegangen, die zur Verfeinerung der E.D. führen konnten, da dies in den meisten Situationen einen unnötigen Zeitverlust bedeutete.

So muß der Allgemeinarzt, sich auf seine Sinne verlassend, durch die Symptome des Patienten, seine Situation und Umgebung schnell zu einer Diagnosestellung kommen. Daß sich hier eine Vielzahl von Möglichkeiten bietet, zu einer fehlerhaften oder falschen Einschätzung zu gelangen, liegt auf der Hand.

Nachfolgend wird prozentual auf einige Aspekte aufmerksam gemacht, die in den vorliegenden 37 Fällen zu fehlerhaften oder falschen E.D. geführt haben können.

1. Handeln unter Zeitdruck	21,6%
2. nur im Krankenhaus durchführbare Spezialuntersuchungen	20%
3. falsche oder fehlerhafte Angaben zur Anamnese, Verständigungsschwierigkeiten	13,8%
4. häusliche Verhältnisse, familiäre Beziehungen und Umgebung des Patienten	10,8%
5. ungewöhnliches Verhalten und Alter des Patienten	9,2%

- | | |
|--|------|
| 6. Fehleinschätzung durch unterschiedliche Facharztauffassung, Routine, therapeutischer Mißerfolg, Hypersensibilisierung durch Fortbildung | 9,2% |
| 7. fehlende Überwachungsmöglichkeiten | 6,2% |
| 8. ähnlich vorkommende Situationen, differentialdiagnostischen Möglichkeiten | 4,6% |
| 9. zur Schonung oder Druckausübung auf den Patienten | 3,1% |
| 10. klinische Fehleinschätzung oder überhaupt fehlende klinische Diagnose | 1,5% |

Aus dieser Aufzählung ist zu ersehen, daß nicht immer der medizinische Gesichtspunkt ausschlaggebend ist für eine stationäre Einweisung.

Zwar steht das Handeln unter Zeitdruck mit 21,6% an erster Stelle, aber oft ist dies durch den Patienten selbst und seine Umgebung erforderlich gemacht worden.

Dann folgen die nur in einer Klinik durchführbaren Spezialuntersuchungen (20%) - auf das betreffende Krankheitsbild zugeschnitten -. Diese sind am Krankenbett nicht ausführbar, da auch die Überwachungsmöglichkeiten (6,2%) fehlen, und sie in der Notfallsituation einen unnötigen Zeitverlust im Abwenden bedrohlicher Verläufe (BRAUN, 7) bedeuten.

Weitere Ursachen, die zur Fehleinschätzung der Situation des Patienten führen und somit die Diagnosestellung beeinflussen, sind fehlerhafte oder gar falsche Auskünfte bei der Anamneseerhebung und Verständigungsschwierigkeiten (13,8%). Ebenso nehmen die häuslichen Verhältnisse, familiäre Beziehungen und die Umgebung des Patienten Einfluß auf die Diagnose (10,8%), wie ungewöhnliche Verhaltensweisen und das Alter der Kranken (9,2%)

Dies ist daher besonders wichtig, da der Allgemein-
arzt erkennen und entscheiden muß, ob die Pflege
des Erkrankten gewährleistet ist und die thera-
peutischen Verordnungen gewissenhaft durchgeführt
werden. Diese Lage kann dazu beitragen, daß eine
E.D. überspitzt oder abgemildert formuliert wird
(3,1%), wodurch unweigerlich der Eindruck einer
Fehldiagnose entsteht.

Eine weitere Quelle die Gefahren der Fehldeutungen
beinhaltet, ist die Fehldiagnose auf Grund unter-
schiedlicher Facharztauffassungen, eigener thera-
peutischer Mißerfolg und eine gewisse Routine in
der Betreuung von Langzeitpatienten (9,2%).

Ebenso können schon einmal vorgekommene Situationen
mit ähnlicher Symptomatik zu einer Fehldeutung und
Fehldiagnose führen, und natürlich auch die breite
Palette der differentialdiagnostischen Möglich-
keiten bei bestimmten Krankheitsbildern (Ikterus).
Dies ist mit 4,6% vertreten.

Abschließend ist zu sagen, daß auch eine Fehlein-
schätzung von seiten der Klinik oder überhaupt ein
Fehlen der Diagnose vorliegen kann (1,5%), die
den Patienten unter anderen Bedingungen sieht,
als der Allgemeinarzt (Ruhe-Belastung).

Eine weitere Untersuchung hat gezeigt, daß von den
37 teilweise richtigen und falschen E.D. 23 (62,2%)
auf Grund eines Hausbesuches gestellt worden sind,
wobei in 73,9% dieser Fälle dringend nach dem Arzt
verlangt worden ist, und nur in 26,1% dieser Fälle
der Routinebesuch zu einer stationären Einweisung
geführt hat. Bei 14 Patienten (37,8%) ist die
Indikation einer Krankenhausbehandlung im Rahmen
der Sprechstunde ausgesprochen worden.

Es ergibt sich, daß weit über die Hälfte der Ein-
weisungen direkt am Krankenbett stattgefunden haben.

An Hand der Ergebnisse ist zu ersehen, in wie weit die Hausbesuche Stärken und Schwächen bergen. Die Stärke liegt darin, daß der Allgemeinarzt den Patienten in seiner Umgebung sieht und dadurch einen Einblick in die Familie und das häusliche Milieu erlangt. Die Schwäche zeigt sich, daß die diagnostischen Möglichkeiten bis auf ein Minimum eingeschränkt sind, gegenüber Praxis und Klinik (SCHIFFNER, 46). Es wird ein rasches Handeln verlangt und statt genügend Zeit für "Beratungen mit ärztlichen Kollegen aufwenden zu können, muß der Allgemeinarzt sich bei Notfällen, ja sogar beim Hausbesuch, sofort entscheiden" (SCHRÖMBGENS, 47). Er ist folglich mit seinen "Entschlüssen und Entscheidungen auf sich allein gestellt" (SCHRÖMBGENS, 47).

Daß hier der Allgemeinarzt zu einem großen Teil mit den anfänglich erwähnten Einflüssen in Kontakt kommt und dadurch mit eine falsche oder fehlerhafte E.D. stellt, ist ersichtlich.

Auf den ersten Blick scheint der Prozentsatz der Fehldiagnosen (hier 31,8%) relativ hoch, "jedoch haben viele dieser Fehldiagnosen auf die spätere Therapie oder gar Prognose nur wenig oder kaum Auswirkung" (KLIMM, 29). Der prozentuale Anteil an echten Fehldiagnosen, durch die ein rechtzeitiges und richtiges therapeutisches Handeln verhindert wird, schrumpft auf 3-5% zusammen (KLIMM, 29).

In der vorliegenden Untersuchung liegt dieser Prozentsatz bei 1,8%; zweimal wurde ein Herzinfarkt als Apoplex diagnostiziert. In diesen beiden Fällen wäre unter Umständen das Erkennen des akuten Krankheitsbildes mit therapeutischen Konsequenzen notwendig gewesen. Bei all den übrigen Einweisungen ist nie eine Diagnose entstanden, die den Zustand

des Patienten zu gering eingeschätzt hätte.
Als Fazit läßt sich feststellen, daß der Patient trotz gewisser Fehleinschätzungen von Seite des Allgemeinarztes einem hohen Maß an Sicherheit, was die Einschätzung der Schwere der Erkrankung angeht, unterliegt. Nur 1,8% der Einweisungsdiagnosen waren mit einer Unterschätzung der Situation behaftet - das ist als klares Votum für die Allgemeinmedizin anzusehen.

E. Zusammenfassung

Der vorliegenden Untersuchung lagen 8652 Krankenscheine im Jahr 1976 zu Grunde, bei einem festen Patientenstand von 2725.

Aus diesem Krankengut erfolgten 116 stationäre Einweisungen, d.h., daß alle 3,15 Tage ein Patient der Krankenhausbehandlung zugeführt wurde. Auf den Patientenstand übertragen ergab sich, daß sich 4,26% der Patienten einer klinischen Behandlung unterzogen.

Von den 116 Einweisungen wurde in 68,2% der Fälle eine Übereinstimmung von E.D. und K.D. erzielt und in 31,8% lag eine teilweise oder gar keine Übereinstimmung vor.

An Hand der Interpretation der 37 fehlerhaften oder falschen E.D. zeigte sich, daß in 62,2% der Fälle auf Grund eines Hausbesuches und in 37,8% der Fälle in der Sprechstunde die Indikation zur Krankenhausbehandlung gestellt wurde.

Bei den Einweisungen auf Grund eines Hausbesuches zeigte sich, daß in 73,9% der Fälle ein dringend verlangter Besuch zu einer Nichtübereinstimmung von E.D. und K.D. führte und nur in 26,1% der Routinebesuch.

Nur in 1,8% der Fälle konnte die Diagnosestellung auf die spätere Prognose Auswirkungen haben. Es konnte herausgestellt werden, daß das Handeln unter Zeitdruck und das nächtliche Arbeiten die höchste Fehlerquote in sich barg.

Mit einer gravierenden Fehleinschätzung von nur 1,8% stellt die allgemeinärztliche Versorgung in dieser Untersuchung ein sehr großes Maß an Sicherheit für den Patienten dar.

F. Literaturverzeichnis

1. Barkow, D.R.; Graul, E.H.: Notfallmedizin,
6. Medicinale, 25. und 26. Sept. 76,
Iserlohn
2. Barkow, D.R.; Graul, E.H.: Notfallmedizin 2
Allgemeinmedizin, 7. Medicinale,
24. und 25. Sept. 77, Iserlohn
3. Brandelmeier, P.: Hausärztliche Versorgung,
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-
New York 1974
4. Brandelmeier, P.: Die Allgemeinpraxis,
Springer Verlag Berlin-Heidelberg-
New York 1974
5. Brandelmeier, P. und Krüsi: Der Praktische Arzt
heute, Huber, Bern 1968
6. Bratsch, W.: Beratungsspektrum der allgemein-
medizinischen Praxis, Deutsches
Ärzteblatt 75, Heft 11 (1978)
S. 653
7. Braun, R.N.: Diagnostische Programme in der
Allgemeinmedizin, Urban & Schwarzen-
berg 1976, 1. Auflage
8. Bürger: Klinische Fehldiagnose, Georg Thieme-
Verlag, Stuttgart 1970
9. Duden: Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke,
Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 68
10. van Eimern, W.: Multimorbidität in der Allgemein-
praxis, Deutscher Ärzte Verlag GmbH
1976
11. Habighorst, G.: Notfälle aus der Sicht des
Allgemeinarztes, Ärzteblatt Rheinland-
Pfalz, 32. Jahrgang, Nr. 4

12. Habighorst, G.: Langzeitbetreuung chronisch Kranker unter Berücksichtigung der Effizienz und Ökonomie, Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 31. Jahrgang, Nr. 2 1.2.78, S. 122
13. Haehn, K.D.: Fehldeutungen-Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis, Der Kassenarzt 19, 14 (1979), S. 1342
14. Härter, G.: Allgemeinmedizin 1977, Therapie Woche, 28 Jahrgang, 25.1.78, S. 800
15. Häussler, S.: Problempatienten in der Praxis, Der Praktische Arzt, 5-10. 2. 79, S. 484
16. Häussler, S.: Notfälle Diagnostik Therapie für die ärztliche Praxis, A.W. Gentner Verlag Stuttgart 1972
17. Häussler, S.: Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Therapie, ZFA, 53. Jahrgang, Heft 13, 10.5.77, S. 705
18. Häussler, S.: Allgemeinmedizin in der Gegenwart und Zukunft, Schriftreihe Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Arbeitshygiene, Band 34, 69, A.W. Gentner Verlag Stuttgart
19. Häussler, S.: Die Bedeutung der Allgemeinmedizin, ZFA, Nr. 20/77
20. Häussler, S.: Der praktische Arzt heute und morgen, 1. Teil: Ausbildung während des Studiums, Gentner, Stuttgart 1967
21. Hamm, H.: Die Betreuung des Notfalls in der Allgemeinmedizin, 5-28. Jahrgang, 25.1.78, Therapie Woche, S. 809

22. Hayn, H.: Die Betreuung gesundheitlich gefährdeter Menschen in der Allgemeinmedizin, Therapie Woche, 5-28. Jahrgang, 25.1.78, S. 800
23. Hegglin, R.: Differentialdiagnose Innere Krankheiten, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1970
24. Höver, H.: Hausbesuch, ZFA, 54. Jahrgang, Heft 24, 31.8.78, S. 1173
25. Höver, H.: Kriterien der Berufstätigkeit in der Allgemeinmedizin, ZFA, 53. Jahrgang, Heft 20, 1977, S. 1137
26. Janzen, R.: Entstehung von Fehldiagnosen, Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1970
27. Jork, K.: Hausbesuch als Spezifität der Allgemeinmedizin, 53. Jahrgang, Heft 2, 20.7.77, ZFA, S. 1162
28. Jork, K.: Die Betreuung akut Kranker in der Allgemeinpraxis, Therapie Woche, 5-28. Jahrgang, 25.1.78, S. 813
29. Klimm: Round-Table-Gespräch, ZFA, 55. Jahrgang, Heft 14, 20.5.79
30. Mattern, HJ.: Die Betreuung des chronisch Kranken in der Allgemeinpraxis, Therapie Woche, 5-28. Jahrgang, 25.1.78, S. 820
31. Medical Tribune: Fast jede zweite klinische Diagnose ist falsch, Kongreßbericht Medical Tribune, Nr. 3, 19.1.79, S. 22
32. Moehr, J.R. und Haehn, K.D.: Verdenstudie-Strukturanalyse allgemeinmedizinischer Praxen, Deutscher Ärzte Verlag GmbH 1977

33. Müller, E.: Ärztliche Sofortmaßnahmen in Praxis und Bereitschaftsdienst, Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1977
34. Oepen, H.: Praxis-Krankenhaus-Klinikum: eine Verpflichtung zur Integration, Der Praktische Arzt, 12-77 Juni, S. 2135
35. Pillau, H.: Diagnosestatistiken aus der Praxis und ihre Bedeutung für die Allgemeinmedizin, Habilitationsschrift 1976, Med. Fakultät Universität München
36. Pillau, H.: Diagnostik beim ärztlichen Hausbesuch, 7. Medicinale, 24. u. 25.8.77 Iserlohn, Notfallmedizin 2 Allgemeinmedizin, Artikel 12
37. Pillau, H.: Die Spezifität des Allgemeinarztes mit "fachübergreifender Zusammenschau", ZFA, Juli 77
38. Pirtkien, R.: Ein Modell der Diagnostikhilfe durch Computer bei Vergiftungen, Habil. Schrift 1968
39. Plonz, J.P.: Die Leistungsfähigkeit der Allgemeinmedizin in der prästationären Diagnostik, Inaugural-Dissertation 1975, Med. Fakultät Freiburg
40. Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch, 252. Auflage 75
41. Ritter, H. und Habighorst, G.: Die Verbreitung nicht allgemein anerkannter Heilverfahren in der freien Praxis, Die Medizinische Welt 22, Nr. 36, 4.8.71

42. Ritter, H.: Die Anamnese in der Allgemeinpraxis, Münch. med. Wschr. 112, 6 (1970), S. 214
43. Ritter, H.: Fallverteilung in Klinik und Praxis, Münch. med. Wschr. 114, 4 (1972), S. 126
44. Rotschuh, K.E.: Prinzipien der Medizin, Urban & Schwarzenberg, München 1965
45. Sauer, K.: Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung geprüft auf ihre Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Allgemeinpraxis, Der Praktische Arzt 15, 30 (1978), S. 3660
46. Schiffner, K.: Fehldeutungen-Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis bei Hausbesuchen, Der Kassenarzt 19, 14 (1979), S. 1342
47. Schrömbgens, H.: Fehldeutungen-Fehldiagnosen in der Allgemeinpraxis, Der Kassenarzt 19, 14 (1979), S. 1336
48. Schrömbgens, H.: Die Fehldiagnose in der Allgemeinpraxis, Münch. med. Wschr. 121, 16 (1979), S. 547
49. Schrömbgens, H.: Die Betreuung älterer Menschen in der Allgemeinpraxis, Therapie Woche, 5-28. Jahrgang, 25.1.78, S. 892
50. Schrömbgens, H.: Die Fehldiagnose in der allgemeinärztlichen Praxis, Therapie 18, 6, 22, 1968
51. Schwartz, F.W. und Schwefel, D.: Diagnosen in der ambulanten Versorgung, Aussagefähigkeit und Auswertbarkeit, Deutscher Ärzte-Verlag GmbH 1978

52. Sigerist, H.E.: Große Ärzte, J.F. Lehmanns Verlag
München 1970, 6. Auflage, S. 27, 28,
158, 249
53. Sturm, E.: Überwachung der Langzeittherapie bei
chronisch Kranken durch den Allgemein-
arzt, Der Praktische Arzt, 17-77 Sept.,
S. 3233
54. Trott, J.W.: Analyse einer allgemeinärztlichen
Praxis im Vorspessart, Inaugural-
Dissertation 1969, Med. Fakultät der
Universität Würzburg
55. Weirich, W.F.: Die Organisation der Praxis
für Allgemeinmedizin in Stadt und
Land und ihre Veränderung zwischen
1973 und 1976, Inaugural-Dissertation
1978, Med. Fakultät der Universität
Mainz

Ich bedanke mich besonders bei
Herrn Dr. med. Georg Habighorst für die Überlassung
des Themas und die ausführliche Unterstützung bei
der Bearbeitung.

Mein Dank gilt ebenfalls
Herrn Prof. Dr. med. W. Ohler für seine Ratschläge
und Hinweise.

Lebenslauf

Ich wurde am 29.9.1948 als zweiter Sohn des Arztes Dr. med. Martin Braess und seiner Frau Dr. med. Edith Braess, geb. v. Estorff, in Celle bei Hannover geboren.

Im Herbst des Jahres 1955 wurde ich in die Grundschule eingeschult. Ab 1960 besuchte ich das neusprachliche Schiller-Gymnasium in Köln; 1969 schloß ich mit dem Abitur auf dem staatl. neusprachlichen Eichendorff-Gymnasium Koblenz ab.

Nach einer eineinhalbjährigen Grundwehrdienstzeit bei der Bundeswehr begann im Wintersemester 1971/1972 mein Studium der Geologie an der Universität Saarbrücken. Im Sommersemester 1972 erhielt ich einen Studienplatz für Humanmedizin an der Universität Mainz, wo ich bis zum zweiten Staatsexamen blieb.

Das praktische Jahr mit dem dritten Teil des Staatsexamens absolvierte ich an den städtischen Krankenanstalten Kemperhof Koblenz. Die Prüfung erfolgte am 24.4.1978. Die Approbation wurde am 16.5.1978 ausgestellt.

Am 11.5.1978 heiratete ich die Schwesternschülerin Susanne Habighorst.

Von Mai 1978 bis Ende August 1978 folgte meine Tätigkeit in der Chirurgie im Bundeswehrzentral-krankenhaus Koblenz. Seit 18.9.1978 bin ich als Assistenzarzt in der Unfallchirurgischen Abteilung des Krankenhauses Evang. Stift St. Martin, Koblenz, tätig.

